



CTB

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

RAPPORT ANNUEL 2010

**PROJET APPUI INSTITUTIONNEL AU
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU
BURUNDI**

BDI0704011

Table des matières

1 FICHE PROJET	4
2 LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
3 RÉSUMÉ	8
RÉSULTAT 1 : L'ORGANISATION INTERNE DU MSPLS ET LES INTERACTIONS ENTRE SERVICES EST AMÉLIORÉE.	8
RÉSULTAT 2 : LES INTERACTIONS ET LA COMMUNICATION ENTRE LE NIVEAU CENTRAL, LE NIVEAU INTERMÉDIAIRE ET LE NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE-DS SONT RENFORCÉES	9
RÉSULTAT 3 : LE CADRE DE TRAVAIL ENTRE LE MSPLS ET LES AUTRES PARTENAIRES/ACTEURS-PTF (ONG, AGENCES, MUTUELLES...) EST CLARIFIÉ ET INTENSIFIÉ	10
RÉSULTAT 4 : LA CONCERTATION AVEC LES AUTRES PTF À TRAVERS LE COMITÉ DES PARTENAIRES DE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ-CPSD EST PLUS EFFICACE.	10
RÉSULTAT 5 : L'INTERACTION ENTRE LE MSPLS ET LES AUTRES MINISTÈRES EN CE QUI CONCERNE LES ASPECTS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET BUDGÉTAIRE DU MSP EST PLUS STRUCTURÉE	11
3.1 APERÇU DE L'INTERVENTION	11
3.2 POINTS SAILLANTS	11
3.3 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS	14
4 EVOLUTION DU CONTEXTE	15
5 ANALYSE DE L'INTERVENTION	16
5.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET MODALITÉS D'EXÉCUTION	16
5.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE	16
5.2.1 Indicateurs.....	16
5.2.2 Analyse des progrès réalisés.....	18
5.2.3 Risques & hypothèses	20
5.2.4 Critères de qualité	23
5.2.5 Impact	24
5.2.6 Leçons apprises et recommandations	26
5.3 RÉSULTAT 1	30
5.3.1 Indicateurs.....	30
5.3.2 Bilan activités : cf. TABLEAU ci-haut.....	39
5.3.3 Analyse des progrès réalisés : cf. TABLEAU ci-haut.	39
5.3.4 Risques et hypothèses : cf. TABLEAU ci-haut.	39

5.3.5 Critères de qualité de l'objectif spécifique.	39
5.3.6 Exécution budgétaire	40
5.3.7 Leçons apprises et recommandations	43
6 BÉNÉFICIAIRES	45
a. Les bénéficiaires directs	45
b. Les bénéficiaires indirects.....	45
7 SUIVI DES DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL	47

1 Fiche projet

Chronologie et documents :

Nom abrégé	APIMS	Navision	BDI0704011	Phase	EXE
Bailleur	DGD	Financement	Art 5	Mode gestion	Cogestion
Début projet	01/09/2008	Durée projet	36 mois	Fin projet	31/08/2011
Début CS		Durée CS		Fin CS	31/03/2012

Secteur d'intervention (CAD) :

Santé

Ministère de tutelle-partenaire :

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

Lieu :

Bujumbura, MSPLS-DGSP.

Objectif général :

Le fonctionnement du Ministère de la Santé Publique est amélioré

Objectif spécifique :

Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP

Résultats attendus :

Résultat 1 : L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MSP sont renforcées ;

○ Résultat 2 : les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (province) et le niveau opérationnel (districts de santé) sont renforcées ;

○ Résultat 3 : le cadre de travail entre le MSP et les autres partenaires / acteurs (ONG, agences d'exécution, mutuelles, autres) est clarifié et intensifié

○ Résultat 4 : la concertation avec les autres partenaires / bailleurs (coopérations bilatérales et multilatérales, autres) principalement à travers le comité des partenaires à la santé et au développement (CPSD) est plus efficace ;

○ Résultat 5 : l'interaction entre le MSP et les autres ministères en ce qui concerne les aspects de la planification stratégique et budgétaire du MSP est plus structurée.

Groupes cibles :

Les niveaux centraux, intermédiaire et périphérique du MSPLS.

Budget :

976.831 euros.

2 Liste des abréviations

APIMS :	Projet d'Appui Institutionnel au Minsitère de la Santé Publique
APIP :	Projet d'Appui Ponctuel aux Institutions Publiques
APSK (ou APS) :	Projet d'appui à la Province Sanitaire de Kirundo
ARFP :	Projet d'appui aux réformes paramédicales
ATI :	Assistant Technique International
BDS :	Bureau de District Sanitaire
BPS :	Bureau Provincial de la Santé
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CM :	Conseil des Ministres
COSA :	Comité de santé
CPPE:	Comprehensive Participatory Planning and Evaluation
CS ou CdS:	Centre de Santé
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CPSD :	Comité des Partenaires pour la Santé et le Développement
CTB :	Coopération Technique Belge
CTI :	Conseiller Technique International
CT :	Cellule Technique (FBP)
DAO :	Dossier d'appel d'offres
DBA :	Direction du Budget Approvisionnement
DELCO :	Délégué à la cogestion
DGD :	Directorat Général de la Coopération au Développement
DGR :	Direction Générale Ressources
DGSP :	Direction Générale de la Santé Publique
DI :	Directeur d'intervention
DRH :	Direction des Ressources Humaines

DTF :	Document Technique et Financier
DS :	District Sanitaire
ECD :	Equipe Cadre de District
EGS :	Etats Généraux de la Santé
EPISTAT :	Service Epidémiologie et Statistiques du Ministère de la Santé Publique
EPM :	Ecole paramédicale
ESP-ULB :	Ecole de santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles
FBP :	Financement basé sur la Performance
FOSA:	Formations sanitaires
GT :	Groupe thématique
HD :	Hôpital de district
IEC:	Information, Education, Communication
IHP+ :	International Health Partnership
INSP :	Institut National de Santé Publique
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MI :	Mémoire institutionnelle
MFP :	Ministère de la Fonction Publique
MSPLS ou MSP :	Ministère de la Santé Publique (et de la Lutte contre le Sida)
NC :	Niveau central
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAA :	Plan Annuel des Activités
PAISS :	Programme d'Appui au secteur de la Santé Publique au Burundi
PCA :	Paquet complémentaire d'activités (au niveau de la référence)
PIC :	Programme Indicatif de Coopération
PMA :	Paquet minimum d'activités (au niveau des CDS)
PNDS :	Politique Nationale de Développement Sanitaire

PNS :	Politique Nationale de Santé
PS :	Province sanitaire
PTF :	Partenaire Technique et Financier
RA :	Recherche-Action
RAC :	Revue annuelle conjointe
SIS ou SNIS :	Système (National) d'Information Sanitaire
SMCL :	Structure Mixte de Concertation Locale
SP:	Secrétariat permanent
SPT:	Stratégie "Plainte-Traitement"
SWAp :	Sector-Wide Approach
SWOT :	Strength and Weaknesses Opportunities and Threats
UGP :	Unité de Gestion de Projet

3 Résumé

Le rapport annuel 2010 du projet APIMS aura la particularité que le projet est prévu de se terminer le 31 août 2011. Ce rapport a donc une valeur de rapport quasi final, et les quelques activités réalisées durant 2011 y seront intégrées.

Simultanément le nouveau 'programme d'appui institutionnel au secteur de la santé' au Burundi=PAISS, démarre au cours du premier trimestre 2011. Nous aurons dès le Q1 de 2011 une double comptabilité et double signature (mandats de signatures pour le PAISS, DI et Delco), et à harmoniser et rendre cohérent un nombre restant d'activités du projet APIMS et des activités liés aux résultats du volet central du PAISS.

Etat d'avancement fin 2010 des différents résultats d'APIMS :

Résultat 1 : L'organisation interne du MSPLS et les interactions entre services est améliorée.

- Un DAO est lancé pour sélectionner une institution Africaine dans le cadre d'une formation des cadres du Ministère en 'leadership/management'. Cette formation en 2 groupes, d'une durée de 15 jours, se passera plus que probablement au Q1 2011. L'espoir est que les cadres soient réellement sensibilisés à une méthode beaucoup plus participative de travailler avec leurs équipes. Les outils qui seront mis à la disposition des cadres durant et après la formation peuvent devenir des guidelines à une gestion professionnelle et relationnelle des services, mais cela dépendra aussi beaucoup des attitudes des directeurs et chefs de service. Le rôle du futur Secrétaire Général sera déterminant en tant que leader entraînant ses équipes. L'élaboration d'outils de fonctionnement, aussi simples et difficiles en même temps, comme des tableaux d'agenda de réunions, ateliers, absences, déplacements à l'intérieur ou extérieur du pays, de techniques de réunion et suivi des PV mis à la disposition par l'AT aux cadres du Ministère n'ont pas abouti à un quelconque résultat. La transmission du savoir doit passer par des formations ou des ateliers (avec intrants financiers), sinon cela n'a de chance d'aboutir.
- La mémoire institutionnelle progresse lentement, le travail est difficile et fastidieux. Un nombre de directions ont déjà reçu une formation active de classement et archivage sous l'égide du formateur-archiviste engagé pour un contrat temporaire avec la CTB. La DBA (créances des soins de la gratuité classées, la DGSP, la DRH (tous les dossiers des fonctionnaires ayant ou étant en activité au Ministère sont classés depuis 40 ans..), ont déjà bénéficié d'une méthode de classement professionnel. Le prochain service est le Cabinet de la Ministre en Q1, ainsi qu'une visite exploratoire au niveau d'un BPS et BDS. (Muramvya ?) afin de pouvoir élaborer une méthode de classement au niveau périphérique du système de santé. Un centre de documentation avec un classement par manuscrits et de façon informatisée (logiciel WINISIS) est en fonction, des secrétaires y travaillent en permanence, les desktops sont très régulièrement visités par des visiteurs, la plupart du secteur santé etc (cf. rapport annuel du formateur 2010). Un VSAT et un système de connexions viennent d'être installé (appui APIP) au MSPLS. Le site web du Ministère avec connexion internet (articles et sites internationaux santé ea.) et intranet (documents internes au MSPLS) est en cours de fabrication par une personne ressource du Ministère. La salle d'archives est prête début 2011 et est meublée par

150 étagères en fer forgé d'excellente qualité et stabilité, fabriquées par une ONG AHD (action humanitaire contre la délinquance).

- L'audit institutionnel et organisationnel a été suivi de l'appui technique et relationnel de l'AT à la rédaction du 'Décret Présidentiel portant organisation et fonctionnement du MSPLS', ayant été adopté au Conseil des Ministres fin décembre 2011, à l'exception du poste de Secrétaire Permanent. Ces postes ont ensuite été officialisées par un amendement de la Loi sur la Réforme Administrative, validé par le Conseil des Ministres au début février. Ainsi le Décret dans sa globalité prendra forme au cours de 2011 avec la désignation du SP, du DG de la Planification, de Directeurs de nouveaux services etc.
- Le financement basé sur la performance-FBP au niveau central, est planifié à débuter en Q2 2011 par les autorités du MSPLS avec l'appui technique de la cellule nationale du FBP. Un expert CTB vient appuyer ce démarrage du processus, intégré à la CTN, sur fonds d'expertise-FEX Be-Bu. Il débute son travail mi-février 2011. L'AT participe activement, comme membre au sein de la Cellule Technique-CT élargie aux réunions qui suivent le processus du FBP au niveau des provinces et districts sanitaires, débuté avec l'appui des fonds IDA-BM le 01-04-2010.
- Malgré une demande répétée à de très nombreuses reprises au DGR, aucune demande d'appui dans le cadre de la gestion des ressources matérielles n'est formulée jusqu'à présent. Nous étudions la réallocation de ce petit montant à une autre activité au sein du résultat 1.

Résultat 2 : Les interactions et la communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique-DS sont renforcées

- L'activité 'supervision' a été depuis l'année réaffectée à la *planification* ascendante en 2010 et à la formation des équipes cadre de district-ECD à l'INSP (par ESP-ULB) et sera utilisée en 2011 à l'accompagnement de ces tuteurs ECD brevetés. Les fonds futurs du PAISS seront destinés dans le cadre de résultats et leurs activités spécifiques des volets central et périphérique à un projet d'accompagnement-formation permanente de ces tuteurs durant les 3 prochaines années (approuvée par la SMSCL 2010).
- L'activité 'échange et réflexion commune au sein des différents niveaux du MSPLS' est destinée à affecter à l'élaboration du *PNDS 2011-2015* avec les autres PTF. Les ateliers régionaux de validation de l'analyse du PNDS 2006-2010 et les grandes orientations du PNDS 2011-2015 ont lieu dans la seconde semaine de février 2011 et sont financées par APIMS.
- Les *visites du terrain à Kirundo* se font de façon régulière et fomentent entre les équipes des 2 projets et leurs ATI une relation de grande confiance tant professionnelle qu'humaine. Participation à des formations pour les ECD, présence lors de la planification, du suivi des résultats des DS, élaboration et formation des Stratégies-Plaintes-Traitement'-SPT pour les infirmiers des CdS en sont des exemples concrets. Cette relation qui s'affirme au fil du temps est très propice à l'interrelation structurelle future des volets périphérique et central du nouveau programme PAISS. Des visites à d'autres districts se font de manière ponctuelle lors de formations ou d'ateliers concernant des sous-secteurs du système de santé (ressources humaines, formation-information des ECD, visite à des CdS et des hôpitaux de district...).

Résultat 3 : Le cadre de travail entre le MSPLS et les autres partenaires/acteurs-PTF (ONG, agences, mutuelles...) est clarifié et intensifié.

- Le mapping des appuis des différents PTF à l'échelle nationale est actuellement en élaboration à la DGD-Ambassade par le consultant en appui au dialogue sectoriel. La Belgique est chef de file du secteur santé depuis 2011, a été reconduite en 2011, et les activités de coordination-relation avec les PTF est passé de notre projet d'appui institutionnel à la DGD-Ambassade. L'AT n'assiste plus que de façon informelle et ponctuelle aux réunions entre PTF, initiées et présidées par le chef de file-DGD. La présence par contre aux réunions du Comité des Partenaires pour le développement du secteur santé-CPSD est quasi systématique.
- Au fil des 2 années écoulées, le projet APIMS a montré un intérêt particulier pour les mutuelles communautaires, leurs activités (visites sur le terrain), leurs études et analyses. Ainsi l'AT-DI sont devenus de facto des sortes de points focaux encore informels au sein du MSPLS et vis à vis du Ministre précédent et de la Ministre actuelle pour appuyer le futur processus de la mutualisation du secteur non public, une nouvelle priorité politique de la Présidence et du Gouvernement pour la nouvelle législature 2011-2015. L'identification et la formulation d'un projet d'appui à la demande des soins et du financement alternatif du secteur santé doit encore se négocier sur la tranche des 8 millions restants, dont une partie est destinée à l'appui au Système National d'Information Sanitaire-SNIS. Dans l'entretemps des enquêtes et études sur les stratégies et les moyens de financement alternatif de la santé sont en cours dans la province de Kirundo. Elles sont initiées par l'équipe du projet APSK et son AT anthropologue.
- Une participation à 2 séminaires internationaux à propos de la 'couverture universelle des soins', le premier à l'IMT à B-Antwerpen en novembre 2010 et à Dakar en mars 2011 de l'AT et de chaque fois 1 cadre et 1 médecin-chercheur Burundais donnent à la coopération Belge une opportunité, une responsabilité à appuyer l'extension de l'assurance maladie-maternité et des mutuelles communautaires au Burundi (à noter que le financement du secteur santé vient à plus de 40 % des ménages-OOP...). Vu l'expérience de la coopération Belge depuis environ 15 ans dans ce domaine en collaboration avec le STEP-BIT, cet appui est presque considéré comme 'naturel'. La Ministre en a fait la demande explicite à l'AT, ainsi qu'à la CTB et la DGD.

Résultat 4 : La concertation avec les autres PTF à travers le Comité des Partenaires de Développement de la Santé-CPSD est plus efficace.

- Soutien au secrétariat permanent du CPSD dont le secrétaire (médecin) doit embrasser d'autres tâches, si bien que le dialogue sectoriel n'a pas encore une solide base d'appropriation au sein du niveau central du MSPLS. APIMS fournit un appui logistique et bureautique considérable au secrétariat du CPSD et participe tant que possible au CPSD présidé par la Ministre et coprésidé par la DGD-chef de file et l'OMS, chef de file adjoint.

Résultat 5 : L'interaction entre le MSPLS et les autres Ministères en ce qui concerne les aspects de la planification stratégique et budgétaire du MSP est plus structurée.

- A part la dernière revue conjointe où certains membres représentant d'autres ministères étaient présents, le projet APIMS n'est pas intervenu dans cette interaction. Les opportunités ne se présentent actuellement pas, et la DG des Ressources et du Budget a des appuis d'autres PTF (AT DFID et expert BM) pour l'élaboration du budget annuel du MSPLS en négociation avec le Ministère des Finances. Un appui institutionnel de la part de la CTB est en tout cas hautement nécessaire et cadre dans une vision globale d'appui institutionnel aux secteurs prioritaires, complété par des appuis à des Ministères dits transversaux, le Plan, les Finances, les Relations Extérieures, ainsi que des Ministères responsables des déterminants environnementaux de la santé comme l'eau et l'assainissement, l'énergie, la sécurité des voies publiques, la décentralisation.
- APIMS a essayé à maintes reprises de sensibiliser le service de l'information, éducation, communication-IEC du MSPLS pour lancer par voie médiatique une campagne pour la sécurité routière, les accidents de la voie publique étant devenus un problème de santé publique. Malgré de très bons contacts avec ce service, il n'a pas pu introduire un projet avec demande de financement à APIMS. Le PAISS pourrait relancer l'initiative, car celle-ci est considérée par les autorités du MSPLS, spécialement le DGSP-DI et le CCAB comme novatrice, originale et utile.

3.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficienc	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique			
Résultat 1	B	B	X
Résultat 2	B	B	X
Résultat 3	B	B	X
Résultat 4	C	C	X
Résultat 5	C	C	X

Budget	Dépenses par année	Dépenses totales année N (31/12/2010)	Solde budget	Taux d'exécution
2009				
Cogestion	61383,00	420132,81	201927,23	51%
Régie	244383,41	206883,78	147937,25	74%
2010				
Cogestion	145450,78			
Régie	175749,40			

3.2 Points saillants

- a. De façon générale, l'appui institutionnel est une recherche-action permanente. Le sujet de recherche est comment engendrer un changement tant au niveau opérationnel qu'au niveau de la gestion des comportements des fonctionnaires. Les activités qui en découlent qui ne peuvent réussir si l'assistance technique s'est intégrée à un certain seuil de respect mutuel, d'écoute et captation des inquiétudes et problèmes du partenaire, d'opportunité de prise de parole et de

position dans les réformes et stratégies planifiées et exécutées dans le secteur de la santé. L'évaluation opérationnelle est résumée dans ces types de rapport annuel et le rapport final de l'intervention. L'évaluation analytique cependant, pouvant analyser les différentes dimensions et facteurs oui ou non déterminants sur le processus de changement d'une institution publique comme le MSPLS, et placer cette analyse dans un contexte culturel et politique de phase post conflit, la vraie paix restant très précaire après les élections de 2010, est éminemment difficile, voire quasi approximatif de facto.

Les relations et attitudes humaines sont d'une importance capitale. Elles doivent garder l'équilibre entre la *distance nécessaire* à une assistance technique issue d'un bailleur de fonds et devant se cadrer dans la politique de la coopération au développement du pays donateur (si politique il y a ?), et la *proximité suffisante* pour être considéré par le partenaire comme un membre de sa communauté de travail, voire au-delà par des relations de complicité transparente avec certains cadres du Ministère. Cet équilibre est très difficile à maintenir, car la 'bonne intégration' mène plus vite qu'on ne le croit à des pressions 'amicales' et la mauvaise intégration par une attitude d'ancien colonisateur mène à la non acceptation (même si le partenaire dit poliment oui), des activités enclenchées par l'AT et son équipe. En tout cas l'AT et l'équipe se rendent très bien compte de ce défi, de cette difficulté qui rend l'expérience d'appui institutionnel intéressante, mais une équipe doit au bout de quelques années (3 ans nous paraissent une bonne échéance) changer sinon l'intégration devient une absorption dans l'institution. L'indépendance de pensée, d'action s'effrite, le syndrome de Stockholm pointe à l'horizon... L'AT dans un pays fragile et/ou post conflit joue le rôle de 'substitution suggestive', rien de plus, rien de moins. Suggérer est le pain quotidien de l'AT.

- b. L'audit institutionnel et organisationnel a été un processus de longue, très longue haleine, depuis l'élaboration des TDR, le DAO, la sélection et l'attribution du marché à un bureau international de consultants, les 3 phases, les restitutions avec le MSPLS et les PTF, pour aboutir à 2 rapports intermédiaires et à un rapport final en avril 2010. Processus qui a duré 1,5 an. Heureusement un nouveau 'Décret Présidentiel portant organisation et fonctionnement du MSPLS' en est sorti et adopté. Ceci ne porte que sur une réforme du niveau central du secteur santé (la dernière date de 25 ans), mais n'engage pas encore de facto le processus transformationnel formulé dans le DTF comme une des missions principales de l'assistance technique. Changer les comportements est une autre paire de manches que modifier une structure et un organigramme. L'audit doit donc avoir un suivi, une planification de ce suivi et bien qu'élaboré par l'AT actuel, le nouvel AT doit en endosser le démarrage réel, donnant ainsi un élan et une créativité à l'assistance technique du volet central du PAISS.
- c. La construction d'une mémoire institutionnelle d'un Ministère, quel qu'il soit et où qu'il se trouve, pays riche ou pauvre, stable ou fragile, est un travail de Titans. Le DTF formulant cette activité ne s'est pas rendu compte de ce qu'elle demandait et imposait. Nous en référons à quelques photos prises de la salle d'archives et d'autres services....Le classement-archivage est en plus un travail qui n'intéresse personne, ni les fonctionnaires, à quelques exceptions près de gens consciencieux et d'un directeur des ressources humaines qui est intéressé et compétent, ni les partenaires techniques et financiers ne trouvent cette mémoire très passionnante et surtout non prioritaire dans un pays fragile qu'est encore le Burundi. Nous avons, AT et AT junior, avec l'appui documentaliste-archiviste national compétent, d'abord du sensibiliser les cadres du Ministère, avant de

pouvoir ne fut ce que déplacer ou détruire un document. Le MSPLS a aussi une culture du 'tout garder', et cela complique vraiment beaucoup la poursuite des classements en plus du manque de place vu qu'on conserve tout !

Nous avons mis en place un système original et novateur de paiement pour performance (P4P) Les secrétaires des directions et services déjà formés au classement des documents devaient travailler au-delà de leurs heures habituelles de travail et furent ainsi primées pour ces heures de classement (rattrapage de classement souvent depuis les décennies précédentes !!). Les primes étaient soit un versement individuel mensuel, soit un montant global pour toute l'équipe divisée selon le travail réalisé entre les membres de cette équipe. Cette seconde méthode nous a semblé la plus équitable, les discussions se passant entre les secrétaires et leur chef. Une fois la formation accompagnée par le formateur terminée et le classement de rattrapage des documents réalisé, la prime s'est arrêtée, vu que les documents entrants tous les jours sont censés être classés selon la méthode apprise. Après un à deux mois l'équipe APIMS a constaté que, malgré l'insistance répétée du formateur, les secrétaires ne classaient plus du tout selon cette méthode mais poursuivaient leurs habitudes d'antan. La raison est l'absence de prime !!! Déception et questionnement à propos de cette initiative innovante, le croûtage collant des habitudes du fonctionnaire, phénomène assez répandu partout au monde, ayant pris le dessus.

- d. Le financement basé sur la performance-FBP n'est pas encore mis en place au niveau central du MSPLS. Une analyse a cependant été réalisée par un AT national, haut cadre du Ministère, et appuyé par l'AT, et a permis de tracer les grandes lignes d'une future contractualisation. Une expertise internationale CTB vient au sein de la CT FBP aider à mettre en route cette stratégie P4P au niveau central. Celle-ci devra impérativement répondre à deux conditions : la mise en place effective du nouveau cadre institutionnel et organisationnel du Ministère (cf. décret ci-haut) d'une part, d'autre part une réaffectation-mutation vers la périphérie d'une grande partie des fonctionnaires. Le MSPLS NC semble compter plus de 700 personnes!!!! Impossible de contractualiser des fonctionnaires en si grand nombre, la majorité étant des administratifs et des logistiques, dont un grand nombre n'ont même pas de bureaux, ni de connexion internet etc. Le projet a au moins fait installer des connexions pour les hauts cadres et le ou la Ministre et son cabinet durant l'année 2010.
- e. L'appui à la DG Ressources s'est par manque de propositions du partenaire réduit à l'installation en matériel bureautique et informatique de la direction des infrastructures et équipements et des services ICT et IEC.
- f. L'implication de l'AT dans la mise en place des districts sanitaires s'est concrétisée et continue à le faire en collaborant activement à l'harmonisation des outils de planification, de supervision, de gestion des médicaments essentiels (MEG), de gestion financière, outils déjà existants au MSPLS depuis 2005, mais revus, corrigés et adaptés aux connaissances et compétences du personnel des districts et des formations sanitaires-FOSA (CdS-centres de santé et HD-hôpitaux de district) par l'OMS, Santé Plus (actif dans 6 provinces), la Coopération Suisse et autres PTF ou ONG (Memisa, MSF...). L'élaboration du 'guide opérationnel du district sanitaire au Burundi' est également une tâche avec forte implication de l'AT. Toutes ces activités dans le cadre des districts sanitaires se font en relation étroite, soutenue et permanente avec l'AT du projet APS Kirundo.
- g. L'AT joue le rôle de facilitateur entre les ONG (MSF, Horizon ea.) et la cellule d'alerte du MSPLS en cas d'épidémies (choléra et paludisme). Les contacts avec les programmes de santé dits verticaux sont corrects mais superficiels. Le contact avec Epistat-SIS se faisait par l'expertise CTB et l'équipe d'Epistat, l'assistance technique perlée, et cet appui est à l'heure actuelle en phase de transition vers l'intégration dans le PAISS (résultat 3).

- h. L'AT ne s'est pas du tout impliquée dans les contacts avec les autres Ministères, d'une part par la surcharge de travail du projet et de ses 2 premiers résultats à obtenir, d'autre part parce que les Ministères ne sont pas encore réellement en synergie et les opportunités d'actions communes ne s'étant pas encore présentées. Peut-être la nouvelle AT du PAISS pourra t'elle s'investir à sensibiliser le MSPLS, le Ministère de l'Intérieur, la police, les services de contrôle technique etc. pour une action d'envergure de réduction de risques et accidents sur la voie publique ??!!

3.3 Leçons apprises et recommandations

Voir paragraphe précédent.

4 Evolution du contexte

Le projet a atteint sa vitesse de croisière, il est donc temps d'enclencher le nouveau programme (avec une équipe renouvelée) PAISS pour donner un coup d'accélérateur...

Les grandes réformes du secteur de la santé sont soit en démarrage-la décentralisation vers le district sanitaire, pivot du système de santé ; le financement basé sur la performance-FBP, outil de motivation du personnel soignant qui devient politique de la santé ! ; la réforme de la gestion des ressources humaines ; le renforcement du système d'information sanitaire ; l'élaboration de stratégies nationales de mutualisation des soins ; l'élaboration de stratégies d'intégration des maladies mentales, des maladies chroniques ; la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, spécialement les actions nationales ou régionales de sensibilisation, prévention et de traitement du paludisme, de la tuberculose, du VIH-Sida, des campagnes de rattrapage PEV, la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle, néonatale et infantile par une meilleure couverture des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence dans les Hôpitaux de district-HD ; l'appui à l'amélioration des soins cliniques et d'accueil du patient et du malade ; la future réforme de la Camebu...

L'assistance technique s'y implique, mais trop de réformes sont menées en parallèle, les réunions se chevauchent et se ressemblent, les rapports s'accumulent, les mails s'entrecroisent et disparaissent de la mémoire, les agendas se superposent, les imprévus deviennent une coutume etc...

En tout cas l'AT, la seule présente en appui institutionnel à part le projet de réforme des formations paramédicales ayant son bureau au Ministère, est très souvent sollicitée, mais ne connaîtra jamais les vraies imbrications professionnelles et personnelles des collègues de travail. La culture de la communication est particulière au pays, l'appartenance aux collines détermine la proximité de certaines relations, la politisation des nominations est comme partout dans le monde une triste réalité.

5 Analyse de l'intervention

L'état des lieux de l'intervention est amplement décrit et détaillé dans l'aperçu de l'intervention (le chapitre 2).

5.1 Ancrage institutionnel et modalités d'exécution

L'ancrage institutionnel est double, d'une part à la Direction Générale de la Santé Publique-DGSP, également directeur de l'intervention-DI (troisième DI...), le ou la Ministre et son chef de Cabinet, d'autre part à différents services, par exemple la Direction des Ressources Humaines, et la DG des Ressources en ce qui concerne les marchés publics (le DGR est aussi président de la cellule des MP au MSPLS).

Le comité de pilotage prévu dans le DTF d'origine a été aboli, vu que des staffs de la DGSP, la cellule du Cabinet ont été créés dans l'année de démarrage du projet. Cette décision de l'AT-DI a été validée en SMCL en 2009.

Un débat naît à la CTB concernant l'ancrage des appuis institutionnels. Les positions quant à la position du DI, sont les suivantes :

- L'ancrage se situe à un niveau intermédiaire de la structure de l'institution publique, ainsi le directeur d'intervention a un temps suffisant à consacrer aux tâches du projet CTB en collaboration avec l'AT, dont le nom est 'délégué à la cogestion'. Ce terme 'parisien' ne veut en fait rien dire car l'origine de la délégation est vague (CTB ?, DGD ?, MSPLS ?) et le terme de conseiller nous semble beaucoup plus adapté au contexte et au travail concret de tous les jours.
- L'ancrage se situe à un niveau supérieur, si pas au niveau le plus supérieur de l'institution publique. C'est le cas d'APIMS. Le DI porte une si grande responsabilité que son temps dévolu au travail du projet est relativement faible, sauf les discussions régulières entre DI et AT et les nombre hallucinant de signatures à apposer avec l'AT (double signature) sur toutes sortes de pièces justificatives de comptabilité, d'achat, de paiement etc. (cf. travail et rapport éventuel de la RAFL).

L'AT de l'APIMS choisit nettement la deuxième option pour une raison principale : la prise de décision à propos des activités, leur oui ou non évolution, le degré d'appropriation, les chances de réussite ou d'échec sont beaucoup plus rapides et efficaces quand un projet ou programme s'ancre au niveau le plus haut du Ministère. La prime du DI ne doit aucunement en être affectée, une discussion à propos d'une prime de performance ne se discute pas à ce type de postes à haute responsabilité, travaillant beaucoup, du matin tôt au soir tard, samedi matin compris. Ce serait indécent.

L'AT actuelle plaide même pour ancrer le PAISS au niveau du Secrétariat Permanent ou Général du MSPLS, une fois la personne nommée et son équipe installée.

5.2 Objectif spécifique

5.2.1 Indicateurs

Objectif spécifique : « Les activités de planification, de coordination, de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP »	Progrès :
---	-----------

Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires
Inventaire des problèmes résolus depuis la mise en place de la cellule d'expertise et de coordination	X		Au démarrage il n'y avait pas de cellule, elle fut créée en Q1 2009, n'a fonctionné que pour des jetons de présence, n'avait aucun ancrage institutionnel et a donc été abolie (cf. SMCL 2009)	Néant vu l'abolition du comité de pilotage. Mais cela étant dit, un nombre de problèmes, au MSPLS sont soit résolus (MI, Décret, connexions internet, VSAT, site web, formation imminente des cadres. Donc mention B.	Voir Baseline.
Degré de satisfaction du personnel au niveau central et provincial par rapport à la communication au sein du MSP et l'encadrement global du personnel	X	X	Comment évaluer un indicateur quasi intime à chaque fonctionnaire. D'autant plus que les personnes sont très discrètes et ne se livrent pas facilement.	IL n'y a aucun incident avec personne et l'équipe APIMS, mais la chasse aux primes est une pression continue, ce qui rend parfois le travail assez fatiguant et pas très motivant. Mention B-C, dépendant des personnes sans discrimination aucune.	Idem.
Progrès par rapport aux éléments essentiels dans un SWAp (une vision commune ; un cadre stratégique unique ; une harmonisation du dialogue politique, la planification, le financement, le S/E, le renforcement des capacités)	X		Pas de politique sectorielle réelle au début du projet, à part les 2 décisions et document suivants : 1. La création du CPSD fin 2008. 2. La signature d'un mémorandum d'entente (MOU) février 2008 entre MSP et PTF (17 signataires).	Réunions régulières du CPSD mais manque de suivi des décisions. La tenue de RAC=revues annuelles conjointes 2008, 2009,2010 avec une nette amélioration dans la préparation, organisation et teneur des discussions. La coopération Belge-DGD devient chef de file du secteur santé en 2010, reconduit pour 2011. La tentative de créer un fonds commun santé avec la CTB, DFID et l'UE a avorté, vu que le pays n'est pas encore éligible pour une aide budgétaire (cf. CPIA et les 5 piliers d'éligibilité de l'UE). Mention B.	

5.2.2 Analyse des progrès réalisés

- a. Lien entre résultats et objectif spécifique (« Les activités de planification, de coordination, de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP »), les points sensibles, les points d'attention, le non prévu, le non prévisible, l'harmonisation sont tous des éléments de rapportage compris dans le texte qui suit (leur séparation est artificielle) :

1^{er} résultat :

1. La formation des cadres au leadership/management par une institution de formation Africaine (Bénin) au courant des prochains mois 2011 est un moyen potentiel d'amélioration des outils de fonctionnement au sein du niveau central et périphérique du MSPLS. La raison d'une formation tellement tardive dans le projet est d'une part la non appropriation des outils s'ils sont présentées de façon ponctuelle aux cadres, trouvant ces outils 'superflus' pour leur niveau de responsabilité et d'autre part la construction lente et progressive du tissu de respect et de confiance mutuelle indispensable à la bonne marche d'une assistance technique, plus conseillère qu'assistante. Cette relation de confiance est le fil rouge à travers tout un mandat d'appui institutionnel, les meilleures compétences ne pouvant être transmises sans ce type de relation, et ce type de relation ne pouvant être basé sur une incompétence de l'assistance technique. La définition de l'AT comme 'substitution suggestive' se transformant en 'suggestion substitutive' est une des clés d'un possible succès et d'appropriation de l'intervention et peut fonder des bonnes bases pour un programme futur plus durable. Cependant il est nécessaire, voire indispensable de changer de personnes et profils de l'AT tout au long de ce long processus d'appui institutionnel. Point d'attention : Changer les attitudes ne se dicte pas, est assez prétentieux, par contre *'ne pas dire haut et fort ce que l'on fait, mais témoigner humblement de ce qu'on est'* est porteur d'un message transformationnel.
2. La mémoire institutionnelle est encore à un stade trop précoce pour prétendre à un changement de méthode de classement par les secrétariats des directions et services. Certains locaux sont en effet déblayés et ordonnés mais est-ce durable si l'AT remarque avec le formateur que les habitudes prises se perdent pour non prolongation d'une prime de performance qui avait été clairement négociée comme prime de rattrapage de classement des documents et livres du service en étant en même temps formés, autre facteur de fierté et de motivation.... Point d'attention : comment pérenniser la méthode dans le travail routinier sans prime supplémentaire ??
3. L'adoption du Décret Présidentiel initiant en 2011, espérons le, une profonde réforme de l'organisation et du fonctionnement du MSPLS-NC et déconcentré, en mettant l'accent sur la planification, le suivi, l'évaluation, et la supervision NC, renforçant donc le rôle régulateur, normateur du NC d'un MSPLS, est un acquis du projet. Cet acquis est le fruit d'un travail conceptuel des TDR établissant une méthodologie d'analyse institutionnelle et organisationnelle, des missions régulières d'une équipe multidisciplinaire de consultants internationaux et nationaux, et un travail diplomatique ensuite pour traduire les conclusions

de l'analyse en un Décret Présidentiel avec des conseils de négociation de points litigieux à prévoir au Conseil des Ministres. L'intégration de l'ex MSLS dans le MSP aboutissant à un programme national intégré de lutte contre les Sida-PNLS au sein du MSPLS (direction des programmes de santé) et gardant le SEP-CNLS au sein de la Présidence a permis de faire passer le Décret au CM. L'adoption de l'amendement sur la loi de la réforme administrative créant les secrétariats permanents au sein de chaque ministère (fin janvier 2011), a parachevé l'adoption globale du Décret.

Le point d'attention : accompagner la réforme durant les prochaines années. Ce sera la tâche de l'AT du Volet 1 et 2 du PAISS 2011-2015. La préparation se fait par l'AT actuelle APIMS, également coordinatrice du lancement du PAISS.

4. Enfin le FBP à lancer au niveau central, et financé au démarrage par le volet 1 du PAISS, aura un coup d'accélérateur grâce à l'arrivée de l'expert international (via le fonds d'expertise belgo-burundais) début février 2011. L'étude préliminaire est prête à être exploitée et approfondie. Les négociations d'un FBP au NC seront encore nombreuses de façon à introduire une méthode validée par le MSPLS et la Ministre intégrée dans le manuel national du FBP. Vu le gap financier actuel et prévisionnel 9 mois après le démarrage du FBP au niveau national, les PTF peuvent se montrer réticents à démarrer un processus pour un nombre redondant de fonctionnaires au NC. Les conditions préalables minimum sont mentionnées dans le résumé des résultats ci-haut (chapitre 2).

Point d'attention : la comparaison avec la légende du tonneau des Danaïdes n'est pas fortuite...

2^{er} Résultat : les activités ci-dessous valent la peine d'être mentionnées pour atteindre un tant soit peu l'objectif spécifique.

1. Les visites de terrain, la relation étroite, suivie et professionnalisée entre APIMS et APSK, la relation d'information mutuelle ponctuelle avec le projet paramédical, permettent déjà de jeter de bonnes bases pour la synergie entre les 3 volets du PAISS, et plus spécifiquement le renforcement des relations entre le niveau périphérique, servant de base d'opérationnalité de la gestion décentralisée du système de santé et l'offre des soins de santé plus performants sur le moyen terme, et le niveau central normateur et régulateur du système en tant que tel.
2. Le lancement d'un projet assez novateur et créatif de formation et d'accompagnement de cadres de tous les échelons du système à devenir des tuteurs des équipes cadre de district-ECD, est porteur d'un espoir qui demandera à être vérifié et évalué après au moins 3 ans. Cette formation initiale, cadrée dans la Convention entre l'ESP-ULB et l'INSP-BDI (formant les A1, avec labo de référence pour les TBC multi résistantes, CD 4, labo d'analyse de qualité des médicaments..) signée en 2007, a débuté pendant 4 semaines en Q4 2010, est poursuivie par APIMS et un nouveau projet pluriannuel de 3 ans est introduit en février 2011 à la coordination du PAISS. Le but est de poursuivre cette première expérience de formation initiale qui a suscité l'enthousiasme des candidats, de la Ministre et des DGSP.
3. La collaboration entre les différents projets CTB avec l'OMS, le projet Santé Plus et le programme d'appui au système de santé (PASS-Ngozi) de la Coopération Suisse pour une formation de 10 infirmiers titulaires et leurs adjoints en stratégies plaintes traitement-SPT (Q1 2011), est aussi un exemple d'harmonisation d'outils de l'amélioration des soins cliniques.

De la même façon, l'implication des projets APIMS et APSK dans les tentatives d'harmonisation des outils de gestion, adaptés et améliorés par l'équipe de S+-UE, est un nouvel exemple d'appui au rôle normateur et coordinateur du NC du MSPLS.

4. L'implication et le soutien conceptuel, logistique et financier au premier exercice de planification ascendante des DS et PS vers le NC début 2010 pour le Plan annuel des activités 2010 dans le cadre du PNDS 2006-2010, est un autre exemple d'une activité qui aide à la planification au sein du système tout entier. Ces PAA des DS ne se sont pas révélés pratiques, utilisables pour les ECD, qui se sont basés sur les rapports trimestriels à faire pour toucher la part du FBP pour leur Bureaux de district/BDS, Bureaux provinciaux/BPS et Formations sanitaires/FOSA.
5. Enfin l'appui à l'équipe technique permanente nommée par la Ministre pour préparer et conduire le processus d'élaboration du nouveau PNDS 2011-2015 sous le pilotage du Comité de Pilotage MSPLS-PTF, devient une activité importante pour le futur de la santé du pays.

*MAIS.....le malade reste le grand absent des discussions et réunions multiples. Les soins cliniques allant de l'accueil du patient à l'anamnèse, examen clinique et traitement rationnel issu de la consultation curative n'est quasiment jamais à l'ordre du jour. C'est hautement regrettable, et pourtant l'AT des projets CTB met un accent particulier sur cet aspect. Les AT n'ont hélas, c'est très dommageable pour le futur de la CTB, pas le temps et l'espace nécessaires pour s'approfondir dans leur **réel mandat d'aider à ce que les gens soient mieux traités**. Ni plus ni moins. Les procédures MP, les rapports compliqués, les template qui se succèdent mais ne se ressemblent jamais... Que nos responsables en soient avertis, toute réforme confondue.*

3^{er} Résultat+4+5 : A part les contacts formels avec des organisations de la société civile et les nombreuses visites à l'APIMS pour jouer l'intermédiaire entre elles et la DGSP ou un autre service, il n'y a pas d'autres activités. Idem pour les résultats 4 et 5.

De façon générale les thèmes du genre et environnement n'ont pas été pris en compte de façon séparée, car ils s'intègrent de principe dans la gestion du projet APIMS. Il est cependant difficile de promouvoir l'environnement comme thème transversal de la coopération Belge, vu les masses de papier à rédiger et imprimer avec des copies multiples. En plus devoir à chaque achat, petit ou grand, obtenir 3 pro forma consommé déjà un nombre de litres d'essence et est coresponsable de la pollution de l'air extérieur.

5.2.3 Risques & hypothèses

Objectif spécifique : « Les activités de planification, de coordination, de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP »					
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Risques¹
Inventaire des problèmes résolus	X		Au démarrage il n'y avait pas de	Néant vu l'abolition du	Le risque lié au délai de temps entre la

¹ La cotation proposée faible, modéré, élevé, très élevé n'est pas d'application dans ce projet d'appui institutionnel.

depuis la mise en place de la cellule d'expertise et de coordination			cellule, elle fut créée en Q1 2009, n'a fonctionné que pour des jetons de présence, n'avait aucun ancrage institutionnel et a donc été abolie (cf. SMCL 2009)	comité de pilotage. Mais cela étant dit, un nombre de problèmes, au MSPLS sont soit résolus (MI, Décret, connexions internet, VSAT, site web, formation imminente des cadres.. Donc mention B.	formulation d'un DTF et le démarrage réel du projet comporte le risque que des propositions du DTF soient dépassées au début du projet. Cela a donc été le cas pour un 'comité de pilotage' qui n'avait plus aucune raison d'exister vu l'organisation interne du MSP dès mi 2008.
Degré de satisfaction du personnel au niveau central et provincial par rapport à la communication au sein du MSP et l'encadrement global du personnel	X	X	Comment évaluer un indicateur quasi intime à chaque fonctionnaire. D'autant plus que les personnes sont très discrètes et ne se livrent pas facilement.	IL n'y a eu aucun incident entre APIMS et quelconque fonctionnaire du MSPLS, mais la chasse aux primes est une pression continue, ce qui rend parfois le travail assez fatigant et pas très motivant. Mention B-C, dépendant des personnes sans discrimination aucune.	Le degré de satisfaction du personnel au NC et provincial dépend en très grande partie du niveau de salaire et du pouvoir d'achat des fonctionnaires. La réforme des ressources humaines qui ne se met que très lentement en place, malgré un Directeur RH concerné et compétent, aura un effet bénéfique sur le redéploiement du personnel. Nous avons observé deux types de comportements liés aux RH : + Depuis la mise en place du FBP dans le pays le système de santé est entré dans une logique : 'pas de performance sans prime' et chaque acte, même le plus basique, doit être payé. Nous l'avons remarqué avec les primes pour classement. + Vu les conditions beaucoup plus précaires de travailler à l'intérieur du pays que dans la capitale, les soignants et le personnel administratif préfère rester dans la capitale, donc surpeuplent le MSPLS-NC et font du lobbying jusqu'au cabinet pour rester dans les environs de Bujumbura. Idem pour le personnel médical ou paramédical. La mise en route du FBP dans le pays n'a à nos yeux pas encore

				<p>provoqué de séisme centrifuge...</p> <p>+ Toutefois la mise en route du FBP au NC devra, et APIMS et expert CTB vont insister sur ce point, tenir compte de ne pas verser des primes de performance plus importantes au NC qu'au niveau périphérique. Si ceci n'est pas tenu en compte le risque de garder un surnombre de fonctionnaires au NC est élevé.</p>
<p>Progrès par rapport aux éléments essentiels dans un SWAp (une vision commune ; un cadre stratégique unique ; une harmonisation du dialogue politique, la planification, le financement, le S/E, le renforcement des capacités)</p>	X	<p>Pas de politique sectorielle réelle au début du projet, à part les 2 décisions et document suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La création du CPSD fin 2008. 2. La signature d'un mémorandum d'entente (MOU) février 2008 entre MSP et PTF (17 signataires). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réunions régulières du CPSD mais manque de suivi des décisions. 2. La tenue de RAC=revues annuelles conjointes 2008, 2009,2010 avec une nette amélioration dans la préparation, organisation et teneur des discussions. 3. La coopération Belge-DGD devient chef de file du secteur santé en 2010, reconduit pour 2011. 4. La tentative de créer un fonds commun santé avec la CTB, DFID et l'UE a avorté, vu que le pays n'est pas encore éligible pour une aide budgétaire (cf. CPIA et les 5 piliers d'éligibilité de l'UE). 5. L'élaboration d'un CDMT et d'un plan d'action moyen terme. 	<p>Il y donc de nets progrès dans le dialogue sectoriel au niveau de pays partenaire, une relance du fonctionnement régulier et planifié du CPSD, il reste le fait que l'harmonisation des procédures, les tarifs d'intrants financiers (per diem, primes de déplacement...), les planifications au niveau des agences bi et multilatérales reste lettre morte. La CTB a essayé de faire partager au maximum la Ministre, les cadres et les PTF dans l'élaboration et la validation du PAISS. La DGD comme chef de file rédige en ce moment un mapping général des interventions des PTF au Burundi. L'entente est cordiale dans les réunions, mais la cohérence entre les activités diverses (formations, équipements, infrastructures etc.) des PTF, la complémentarité entre ces actions, et la coordination manquent encore cruellement. Mais point positif, nous sommes tous à des vitesses différentes entrés dans une approche sectorielle, le mouvement est présent et évoluera. Le</p>

					nouveau PNDS 2011-2015 pourra constituer une très grande opportunité à donner un vrai coup d'accélérateur à ce dialogue et ensuite la mise en route d'une politique sectorielle. Le risque de ne pas aboutir dépend du volontarisme 'autoritaire' du MSPLS et de l'ouverture des PTF à partager et non seulement s'informer mutuellement, les infos et planifier des actions communes dans le cadre du PNDS.
--	--	--	--	--	--

5.2.4 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	L'énergie investie par toute l'équipe APIMS et la collaboration avec les 3 DI successifs peuvent témoigner de l'efficacité des actions entreprises. Mais il faut donner un peu de temps au temps, ni trop ni trop peu...
Efficience	B	Toutes les actions APIMS sont quasiment passées par des DAO, demande de cotation etc., et APIMS utilise un indice de qualité/prix au lieu de céder à la règle 'du moins disant' (cacaille !!).
Durabilité	X	Impossible à évaluer l'impact d'un appui institutionnel à part les réalisations 'hard' du projet (MI) sur le long terme, vu que l'appui est lui-même à long terme, malgré la rotation obligée et justifiée des AT. De toute façon, chaque action dans la vie porte un degré de durabilité, mais ce n'est parfois que détectable des années après. Un comportement peut avoir une influence impalpable et non visible chez des personnes, qui s'approprient l'attitude d'un AT, 'passager de l'ombre'....
Pertinence	B	Le Décret est un acquis pertinent pour améliorer le rôle régulateur du Ministère.

5.2.5 Impact

<p>Objectif spécifique : « Les activités de planification, de coordination, de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé Publique sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes au MSP »</p>					<p>Progrès :</p>
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Impact
<p>Inventaire des problèmes résolus depuis la mise en place de la cellule d'expertise et de coordination</p>	X		<p>Au démarrage il n'y avait pas de cellule, elle fut créée en Q1 2009, n'a fonctionné que pour des jetons de présence, n'avait aucun ancrage institutionnel et a donc été abolie (cf. SMCL 2009)</p>	<p>Néant vu l'abolition du comité de pilotage. Mais cela étant dit, un nombre de problèmes, au MSPLS sont soit résolus (MI, Décret, connexions internet , VSAT, site web, formation imminente des cadres.. Donc mention B.</p>	<p>Vu l'abolition précoce de cette cellule d'expertise, l'équipe APIMS collabore étroitement avec des personnes plus qu'avec des services. Cette collaboration interpersonnelle a permis de résoudre déjà des masses de problèmes grands et petits. L'équipe APIMS remarque qu'après plus de 2 années 'd'intégration' (qui en fait restera toujours partielle, vu le nombre d'activités du MSPLS), la communication formelle ET informelle augmente de façon significative, et le fait que l'AT est systématiquement inclus dans les comités de pilotage (PNDS 2, FBP, Décentralisation, mutuelles) nommés par le-la Ministre est un acquis net et important d'appropriation de l'AT et de ses suggestions et propositions de textes etc. L'équipe APIMS est considérée par les cadres, le (précédent Ministre) et la Ministre actuelle comme membre à part entière de leur MSPLS. L'impact est important, mais le risque de cette intégration est une perte partielle d'indépendance, vu que la culture ambiante reste, malgré les réunions et les rapports ,informelle. Sonder le non dit du moins le mot derrière le mot, est une technique de communication que l'équipe APIMS a du apprendre tout doucement.</p>

Degré de satisfaction du personnel au niveau central et provincial par rapport à la communication au sein du MSP et l'encadrement global du personnel	X	X	Comment évaluer un indicateur quasi intime à chaque fonctionnaire. D'autant plus que les personnes sont très discrètes et ne se livrent pas facilement.	IL n'y a aucun incident avec personne et l'équipe APIMS, mais la chasse aux primes est une pression continue, ce qui rend parfois le travail assez fatiguant et pas très motivant. Mention B-C, dépendant des personnes sans discrimination aucune.	Le commentaire ci-haut s'applique aussi à cet indicateur. Faire un plaisir, octroyer une faveur, intervenir pour une formation etc. sont des facteurs qui augmentent le degré de satisfaction du personnel qui entoure le projet. Ne céder à aucune pression pour une faveur mal placée reste un grand défi et est la raison de la rotation de l'AT.
Progrès par rapport aux éléments essentiels dans un SWAp (une vision commune ; un cadre stratégique unique ; une harmonisation du dialogue politique, la planification, le financement, le S/E, le renforcement des capacités)	X		<p>Pas de politique sectorielle réelle au début du projet, à part les 2 décisions et document suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La création du CPSD fin 2008. 2. La signature d'un mémorandum d'entente (MOU) février 2008 entre MSP et PTF (17 signataires). 	<p>Réunions régulières du CPSD mais manque de suivi des décisions.</p> <p>La tenue de RAC=revues annuelles conjointes 2008, 2009,2010 avec une nette amélioration dans la préparation, organisation et teneur des discussions.</p> <p>La coopération Belge-DGD devient chef de file du secteur santé en 2010, reconduit pour 2011.</p> <p>La tentative de créer un fonds commun santé avec la CTB, DFID et l'UE a avorté, vu que le pays n'est pas encore éligible pour une aide budgétaire (cf. CPIA et les 5 piliers d'éligibilité de l'UE).</p> <p>Mention B.</p>	L'impact d'APIMS est limité vu que la DGD-Ambassade a repris le rôle de chef de file des PTF, alors que dans la première année et demi, l'AT APIMS étale 'passage naturel' de tous les PTF qui collaborent avec le MSPLS.

5.2.6 Leçons apprises et recommandations

- A. Les leçons apprises sont reprises dans les textes et tableaux progrès, risques et impact. Au lecteur à les décortiquer.
- B. Les recommandations sont ajoutées en autre couleur sous chaque sous chapitre des actions réalisées/résultat. L'APIMS n'utilisera pas les tableaux du template, trop imprécis et compliqué.

1^{er} résultat :

1. La formation des cadres au leadership/management par une institution de formation Africaine (Bénin) au courant des prochains mois 2011 est un moyen potentiel d'amélioration des outils de fonctionnement au sein du niveau central et périphérique du MSPLS. La raison d'une formation tellement tardive dans le projet est d'une part la non appropriation des outils s'ils sont présentées de façon ponctuelle aux cadres, trouvant ces outils 'superflus' pour leur niveau de responsabilité et d'autre part la construction lente et progressive du tissu de respect et de confiance mutuelle indispensable à la bonne marche d'une assistance technique, plus conseillère qu'assistante. Cette relation de confiance est le fil rouge à travers tout un mandat d'appui institutionnel, les meilleures compétences ne pouvant être transmises sans ce type de relation, et ce type de relation ne pouvant être basé sur une incompétence de l'assistance technique. La définition de l'AT comme 'substitution suggestive' se transformant en 'suggestion substitutive' est une des clés d'un possible succès et d'appropriation de l'intervention et peut fonder des bonnes bases pour un programme futur plus durable. Cependant il est nécessaire, voire indispensable de changer de personnes et profils de l'AT tout au long de ce long processus d'appui institutionnel. Changer les attitudes ne se dicte pas, est assez prétentieux, par contre *'ne pas dire haut et fort ce que l'on fait, mais témoigner humblement de ce qu'on est'* est porteur d'un message transformationnel.

Recommandation : l'amélioration des outils passe par des ateliers, formations, sinon les connaissances ne sont pas appropriées. L'apprentissage en groupe et de façon participative est très prisée au Burundi (comme dans pas mal de pays). Les intrants financiers y jouent aussi un rôle, et il est assez étrange que les apprenants doivent être payés pour être formés, alors que la logique suppose l'inverse. D'habitude l'inscrit paie sa formation.

2. La mémoire institutionnelle est encore à un stade trop précoce pour prétendre à un changement de méthode de classement par les secrétariats des directions et services. Certains locaux sont en effet déblayés et ordonnés mais est-ce durable si l'AT remarque avec le formateur que les habitudes prises se perdent pour non prolongation d'une prime de performance qui avait été clairement négociée comme prime de rattrapage de classement des documents et livres du service en étant en même temps formés, autre facteur de fierté et de motivation....
Point d'attention : comment pérenniser la méthode dans le travail routinier sans prime supplémentaire ??

Recommandation : une réflexion à propos de la poursuite des 'leçons apprises' après la formation en classement/archivage par les secrétaires s'impose à l'équipe APIMS.

L'implication de l'autorité du directeur de service, auquel nous avons demandé à restimuler son secrétariat à bien classer, n'a pas encore

porté ses fruits. Alors que faire ? De toute façon, comme partout, les heures supplémentaires pour le classement de rattrapage/service devaient être rémunérées, donc la prime à la performance était justifiée.

3. L'adoption du Décret Présidentiel initiant en 2011, espérons le, une profonde réforme de l'organisation et du fonctionnement du MSPLS-NC et déconcentré, en mettant l'accent sur la planification, le suivi, l'évaluation, et la supervision NC, renforçant donc le rôle régulateur, normateur du NC d'un MSPLS, est un acquis du projet. Cet acquis est le fruit d'un travail conceptuel des TDR établissant une méthodologie d'analyse institutionnelle et organisationnelle, des missions régulières d'une équipe multidisciplinaire de consultants internationaux et nationaux, et un travail diplomatique ensuite pour traduire les conclusions de l'analyse en un Décret Présidentiel avec des conseils de négociation de points litigieux à prévoir au Conseil des Ministres. L'intégration de l'ex MSLS dans le MSP aboutissant à un programme national intégré de lutte contre les Sida-PNLS au sein du MSPLS (direction des programmes de santé) et gardant le SEP-CNLS au sein de la Présidence a permis de faire passer le Décret au CM. L'adoption de l'amendement sur la loi de la réforme administrative créant les secrétariats permanents au sein de chaque ministère (fin janvier 2011), a parachevé l'adoption globale du Décret.

Recommandation : le point d'attention est d'accompagner la réforme durant les prochaines années. Ce sera la tâche de l'AT du Volet 1 et 2 du PAISS 2011-2015. La préparation se fait par l'AT actuelle APIMS, également coordinatrice du lancement du PAISS.

4. Enfin le FBP à lancer au niveau central, et financé au démarrage par le volet du PAISS, aura un coup d'accélérateur grâce à l'arrivée de l'expert international (via le fonds d'expertise belgo-burundais) début février 2011. L'étude préliminaire est prête à être exploitée et approfondie. Les négociations d'un FBP au NC seront encore nombreuses de façon à introduire une méthode validée par le MSPLS et la Ministre intégrée dans le manuel national du FBP. Vu le gap financier actuel et prévisionnel 9 mois après le démarrage du FBP au niveau national, les PTF peuvent se montrer réticents à démarrer un processus pour un nombre redondant de fonctionnaires au NC. Les conditions préalables minimum sont mentionnées dans le résumé des résultats ci-haut (chapitre 2). La comparaison avec la légende du tonneau des Danaïdes n'est pas fortuite...

Recommandation : le FBP au niveau central ne peut débuter qu'après une préparation minutieuse des conditions d'éligibilité des services ou directions, le planning progressif des services/directions à contractualiser, les indicateurs liés aux tâches administratives, de gestion des équipes, bref de la bonne et rationnelle utilisation des outils de leadership/management des équipes (possible articulation avec l'activité 1 du résultat 1), la qualité des rapports, la tenue ponctuelle et selon un agenda programmé centralisé au Cabinet, le suivi des décisions etc. Ces outils de performance en régulation et définition des normes seront dès Q1 et pour 2 ans affinés par l'expert CTB de la cellule technique nationale FBP.

2^{er} Résultat : 3 activités valent la peine d'être mentionnées pour atteindre un tant soit peu l'objectif spécifique.

1. Les visites de terrain, la relation étroite, suivie et professionnalisée entre

APIMS et APSK, la relation d'information mutuelle ponctuelle avec le projet paramédical, permettent déjà de jeter de bonnes bases pour la synergie entre les 3 volets du PAISS, et plus spécifiquement le renforcement des relations entre le niveau périphérique, servant de base d'opérationnalité de la gestion décentralisée du système de santé et l'offre des soins de santé plus performants sur le moyen terme, et le niveau central normateur et régulateur du système en tant que tel.

Recommandation : les échanges se poursuivent, mais ils doivent être planifiés par trimestre. Ce serait plus commode pour les 2 projets, volets 1 et 2 du PAISS. Démarrage des réunions d'information/coordination entre les AT et DI des 3 volets débutera au Q2 2011.

2. Le lancement d'un projet assez novateur et créatif de formation et d'accompagnement de cadres de tous les échelons du système à devenir des tuteurs des équipes cadre de district-ECD, est porteur d'un espoir qui demandera à être vérifié et évalué après au moins 3 ans. Cette formation initiale, cadrée dans la Convention entre l'ESP-ULB et l'INSP-BDI (formant les A1, avec labo de référence pour les TBC multi résistantes, CD 4, labo d'analyse de qualité des médicaments..) signée en 2007, a débuté pendant 4 semaines en Q4 2010, est poursuivie par APIMS et un nouveau projet pluriannuel de 3 ans est introduit en février 2011 à la coordination du PAISS. Le but est de poursuivre cette première expérience de formation initiale qui a suscité l'enthousiasme des candidats, de la Ministre et des DGSP.

Recommandation : poursuivre absolument ce projet pluriannuel, dont les formations d'approfondissement données en avril et mai 2011 sont encore budgétisées sur APIMS, ensuite les accompagnements formatifs dans les DS seront pris en charge dans le volet 1 et 2 du PAISS.

3. La collaboration pour une formation de 10 infirmiers titulaires et leurs adjoints en stratégies plainte traitement-SPT (Q1 2011), des différents projets CTB avec l'OMS, Santé Plus et la Coopération Suisse est aussi un exemple d'harmonisation d'outils de l'amélioration des soins cliniques. De la même façon, l'implication des projets APIMS et APSK dans les tentatives d'harmonisation des outils de gestion, adaptés et améliorés par l'équipe de S+-UE, est un nouvel exemple d'appui au rôle normateur et coordinateur du NC du MSPLS.

Recommandation : l'amélioration des outils cliniques doit impérativement rester un atout de la coopération Belge, car la plupart des partenaires, les programmes de santé mis à part, investissent prioritairement dans l'apprentissage et l'accompagnement de la gestion du district et des FOSA. Les projets CTB et le PAISS essayent de combiner les 2 types d'apprentissage.

4. L'implication et le soutien conceptuel, logistique et financier au premier exercice de planification ascendante des DS et PS vers le NC début 2010 pour le Plan annuel des activités du PNDS 2006-2010=PAA 2010 est un autre exemple d'une activité aidant la planification au sein du système tout entier. Ces PAA des DS ne se sont pas révélés pratiques, utilisables pour les ECD, qui se sont basés sur les rapports trimestriels à faire pour toucher la part du FBP pour leur Bureaux de district/BDS, Bureaux provinciaux/BPS et Formations sanitaires/FOSA.

Recommandation : les outils de gestion et de fonctionnement doivent être harmonisés à l'échelle nationale, chaque PTF utilisant ses propres outils et canevas. Ceci dépend du leadership de la DGSP et du GT

décentralisation.

5. Enfin l'appui à l'équipe technique permanente nommée par la Ministre pour préparer et conduire le processus d'élaboration du nouveau PNDS 2011-2015 sous le pilotage du Comité de Pilotage MSPLS-PTF, devient une activité importante pour le futur de la santé du pays.

Recommandation : poursuivre ce processus, les ateliers régionaux-début février 2011 y contribueront, car les acteurs des provinces et des districts y sont impliqués.

6. *Un point extrasensible subsiste, aux yeux de l'AT APIMS : le malade reste le grand absent des discussions et réunions multiples. Les soins cliniques allant de l'accueil du patient à l'anamnèse, examen clinique et traitement rationnel issu de la consultation curative n'est quasiment jamais à l'ordre du jour. C'est hautement regrettable, et pourtant les AT des projets CTB mettent un accent particulier sur cet aspect. Les AT n'ont hélas, c'est très dommageable pour le futur de la CTB, pas le temps et l'espace nécessaires pour s'approfondir dans leur réel mandat d'aider à ce que les gens soient mieux traités. Ni plus ni moins. Les procédures MP, les rapportages compliqués, les template qui se succèdent mais ne se ressemblent jamais...Que nos responsables en soient avertis, toute réforme confondue.*

3^{er} Résultat+4+5 : A part les contacts formels avec des organisations de la société civile et les nombreuses visites à l'APIMS pour jouer l'intermédiaire entre elles et la DGSP ou un autre service, il n'y a pas d'autres activités. Idem pour les résultats 4 et 5.

Recommandation : poursuivre les appuis au CPSD dans le cadre de la progression du dialogue sectoriel.

5.3 Résultat 1

5.3.1 Indicateurs

Résultat 1: L'organisation interne du MSP et les interactions entre les différentes Directions au niveau central du MSP sont renforcées					Progrès : positif dans sa globalité.		
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Analyse des progrès-Commentaires	Risques	Déroulement
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de plans et leur revue (annuelle) fait suivant une démarche participative au niveau provincial et national 	x	x	0	1 PAA 2010	Première initiative de planification ascendante et premier PAA du PNDS 2006-2010.	A	+
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de stratégies/normes élaborées au niveau central (par des groupes thématiques) avec un input terrain et d'expertise suivant la méthodologie mise en place et répondant à un vrai besoin 			GT créées à fin 2008	<p>GT se réunissent de façon régulière, surtout le GT financement.</p> <p>Un 5 ième GT décentralisation (transversal) se réunit de façon régulière depuis le Q3 2010. L'AT APIMS assiste à certains GT mais surtout ME, finances et DC.</p>	La décision de création des GT dépend du CPSD, mais l'AT doit s'y impliquer pour influencer les décisions et leur suivi.	A	+
<ul style="list-style-type: none"> Les cadres aux différents niveaux du MSP sont au courant des stratégies/normes/procédures du MSP et ont accès (en copie dure et sous forme électronique) à 			Oui, la production de plans, TDR, stratégies et politiques et leur circulation par voie électronique est très fertile. La lecture critique de ces nombreux docs est hélas plus sporadique.	Les cadres sont impliqués dans les réformes, mais le travail se concentre sur un nombre restreint de cadres qui travaillent vraiment beaucoup.	Beaucoup de réformes à la fois, poussés aussi par les PTF qui ne tiennent compte que de leurs progrès de projets et non du contexte surchargé des cadres du MSPLS. Une solide DG Planification devient une nécessité absolue, mais encore une fois on ira pêcher dans le petit vivier de cadres performants et travailleurs.	C (risque de surcharge)	+

toute information utile et à jour en relation avec le secteur de la santé						
<ul style="list-style-type: none"> La mission, les responsabilités, les tâches et les résultats à obtenir sont décrits et claires pour chaque service au sein du MSP, pour les équipes provinciales et les équipes cadre de district 		Ancien décret d'organisation du MSPLS datant des années 80.	Incroyable travail de l'audit piloté et guidé par l'AT APIMS en 2009-2010 (rapport final avril 2010). Décret (cf. plus haut) adopté en CM fin décembre 2010 !!	Travail de longue haleine en plus des procédures très lourdes du DAO (> 67.000 euros). Appui très soutenu d'AT APIMS tant conceptuel que diplomatique ont permis d'aboutir au moins à un doc. La mise en œuvre prendra une bonne partie du volet 1 PAISS. Première tâche est l'appui à l'élaboration d'un nouvel ROI.	B, Le Décret est précis et clair mais le document mettra des années à devenir réalité. Une réforme d'une institution publique prend plusieurs années.	+
<ul style="list-style-type: none"> Un plan d'encadrement des 'ressources humaines' quinquennal est disponible 		Pas de politique des RH définie.	Elaboration d'une stratégie de développement des RH par des ateliers et les travaux de GT RH.	Validation d'un document 'Politique de développement des ressources humaines pour la santé'- début 2010+ création d'un Observatoire des RH avec l'appui de l'OMS.	B, car long processus qui demandera encore des appuis supplémentaires en plus du projet de la formation paramédicale.	+/-
<ul style="list-style-type: none"> Les AT au niveau central travaillent dans la complémentarité 		2 AT, 1 OMS en appui aux DS et 1 CTB appui institutionnel au NC. Tous deux basés au MSPLS.	AT OMS quitté fin 2009.	Complémentarité relativement faible, l'AT OMS (Belge !!) s'arrogeant le tout savoir et n'aidant pas l'AT CTB à s'intégrer, bien au contraire....	Ce manque de synergie a vite disparu après une année de démarrage de travail de l'AT APIMS.	N
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de chefs de Direction et de Service aptes à tenir des réunions avec rapportage selon les standards élaborés et à bien gérer les problèmes qui se posent dans leur service 		Impossible à chiffrer, car la gestion, le leadership et le management des directions et services dépend de la personnalité du directeur, du charisme, des compétences, de la présence etc.	Les DGSP, DI qui se sont succédés et les CCAB, le DGRH et le DGR font un maximum mais la pression syndicale et la politique d'influence en plus de l'appartenance à telle ou telle région, commune, colline ou sous colline, la relation des familles durant la guerre, sont des	L'AT APIMS a réalisé avec un certain retard qu'une formation des cadres en leadership/management était nécessaire pour systématiser des approches qui soient ensuite validées par la Ministre et divulgués par Ordonnance Ministérielle à tous les services du MSPLS.	A	+ /-

•				facteurs que l'AT APIMS a progressivement découvert. Ne pas sonder ces facteurs avec écoute et patience mène un appui institutionnel à un échec certain.			
• Présence d'un plan opérationnel annuel au niveau central du MSP et un rapport annuel pour le MSP			Aucun plan opérationnel présent.	Elaboration d'un tableau de bord 2010 par l'AT APIMS+DI/DGSP pour le MSPLS. Approuvé par le Ministre et partagé avec les PTF.	Le tableau de bord n'a jamais été utilisé, malgré l'insistance de l'AT APIMS. La raison est inconnue, mais c'est un exemple de non appropriation, par contre la DGSP/DI actuel a pris l'initiative de faire faire par ses conseillers un plan opérationnel d'activités 2011 !! Bonne initiative, mais effet incertain.	A	+
• Système de planification et monitoring de l'utilisation et de maintenance des ressources matérielles en place et validé par le Conseil du Ministre			Aucun plan opérationnel de maintenance des ressources matérielles présent. Service des équipements et de maintenance dans un état très précaire et l'approvisionnement des équipements pour le parc véhiculaire est fort difficile à sonder...	Pas de progrès, sauf qu'un inventaire des équipements ICT et du mobilier a été réalisé et contractualisé, sous l'impulsion d'AT APIMS (voir commentaires Baseline).	Malgré une demande répétée de l'AT APIMS pour un appui à la DGR, par une consultance nationale aidant au moins à rédiger un système planifié et monitoré de la maintenance du matériel bureau et des équipements de base du MSPLS (toilettes, éclairage, générateurs etc.) n'a jamais abouti.	N	-
Résultat 2: Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (province) et le niveau opérationnel (districts de santé) sont renforcées					Progrès : positif dans sa globalité.		
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires		
• Nombre de supervisions par le niveau central au niveau opérationnel avec rapport, analyse et feedback au niveau opérationnel / nombre des supervisions planifiées			L'activité de la 'supervision' a été modifiée en 'planification' au tout début du projet en 2009 (cf. SMCL 2009).	Donnée non connue par l'AT APIMS. Cependant cette activité a été remplacée par une initiative de l'AT APIMS pour former des tuteurs nationaux des ECD, devant former et surtout accompagner les équipes Cadre des Districts à planifier, superviser etc. Les premières 4 semaines de	Formation tuteurs ECD sera poursuivie par APIMS en Q2-3 et par PAISS. Mais le succès ou non de former des tuteurs à moyen et long terme est encore hasardeux.	C	+

			formation avec brevet ont eu lieu en Q3 et Q4 2010 par la collaboration entre L'ESP/ULB et l'INSP. Ce processus est entièrement piloté par l'APIMS avec le soutien de la Ministre, CCAB, et DGSP.			
<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des services et programmes de santé qui appliquent le système de supervision tel que décrit par le MSP 		<p>Les services utilisent un canevas de supervision, et envoient de façon assez peu programmée des équipes primées sur le terrain. Ces supervisions non accompagnées par les PTF présents dans les provinces ont relativement peu de suite opérationnelle d'amélioration vu que pays est divisé en provinces appuyées par des PTF (S+-UE, CTB, Coop Suisse, Italienne, Gavi, Pathfinder etc) sans aucune relation, coordination ou synergie.</p>	<p>Les PTF sous l'impulsion de l'AT APIMS, avec la DGSP et le Cabinet et Ministres, en sont venus à se rencontrer, échanger des modules, se donner des formations, partager des expériences. Il est évident que le PTF S+ présent dans 6 provinces avec l'appui d'une grande équipe de spécialistes en gestion médicaments, supervision, planification etc. a pu adapter un nombre de modules de gestion du MSP existants déjà en 2006. Ces nouveaux modules sont partagés avec l'APSK et la Coop Suisse et ainsi présentés au GT DC présidé par le DGSP pour validation et diffusion nationale.</p>	<p>Le premier canevas à être validé est celui de la planification au niveau du DS, qui s'ajoute au PAA du PNDS/DS.</p> <p>Le canevas supervision est le suivant.</p> <p>Le guide opérationnel du DS est en cours d'élaboration piloté par l'AT APIMS et l'avancement analysé en GT DC.</p> <p>A souligner que ces étapes douces et très progressives de régulation d'outils de la gestion du système de santé prend un temps long, car la concurrence entre PTF et les autres nombreuses activités du MSPLS sont à prendre en compte.</p>	C	+/-
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'ateliers de travail (revue planification et revue exécution des plans) tenus au niveau 			<p>Financement, organisation et facilitation des ateliers régionaux à Bururi, Gitega, Ngozi et Bubanza+ atelier national du PAA 2010.</p>	<p>Financement d'ateliers régionaux pour la validation de l'analyse situationnelle du PNDS 2006-2010 en février 2011.</p>	A	+

régional et national et avec rapport / nombre d'ateliers prévus						
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'expériences documentées suivant la méthodologie établie par le MSP, et discutées dans des ateliers au niveau provincial et au niveau central ou dans les groupes thématiques • 		Un PNDS 2006-2010, mais à part cela peu de docs partagés entre le NC et le niveau provincial et de DS.	Les PAA 2010, les ateliers nombreux du FBP débuté en avril 2010. En fait ce sont les rapports trimestriels de ce FBP des DS (regroupant les performances des CdS, et de l'HD par les BPS) qui sont devenus les rapports réguliers envoyés à la CT FBP pour validation et ordonnancement des montants des performances réalisées. Ainsi le FBP est devenu peu à peu la politique de santé. La décentralisation du système et des soins vers les communautés à travers le DS a cependant plus de dimensions et d'activités que les indicateurs de performance du FBP indiquent !!	Cf. commentaires des progrès.	D (FBP)	++ (FBP)
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'équipes provinciales qui disposent des outils de travail développés au niveau central dans le cadre de ce projet • 		Démarrage des projets APS et APIMS.	Outils d'APS appuyé par APIMS et S+. Ces outils sont destinés aux districts sanitaires et les FOSA < décentralisation versus déconcentration dans les provinces sanitaires.	N	A	++
<ul style="list-style-type: none"> • Recherche-action réalisée par rapport à 		Le FBP était déjà en cours dans certaines provinces	Etude réalisée par un haut cadre du MSPLS	L'attente de l'expert CTB sur fonds d'expertise-FEX Be-Bu,	A	+/-

<p>l'optimisation des forces de la contractualisation du niveau opérationnel et la diminution des effets pervers dans le cadre d'une meilleure performance</p>		<p>S+ et autres implémenté par CORDAID, spécialise dans ce domaine. En plus de nombreuses consultations furent organisées pour élaborer une stratégie de mise à échelle nationale du FBP.</p> <p>Aucun doucement existant pour le FBP du NC du MSPLS.</p>	<p>pour démarrer le FBP au NC. Cette consultance s'est faite en étroite collaboration avec l'AT APIMS et 2 experts de la BM, dont un avait travaillé dans le FBP au niveau central du MSP au Ruanda (un des rares pays qui applique un FBP au niveau du Ministère central (ayant peu de fonctionnaires (+/- 40), contrairement au Burundi (+/- 700 fonctionnaires !!)</p>	<p>s'est fait attendre pour diverses causes, ea. l'agrément par le MSPLS. Cela retarde le travail de préparation du FBP au NC, car l'expert doit développer la stratégie du FBP-NC en appui à la CT FBP au MSPLS.</p>		
<p>Résultat 3 : Le cadre de travail entre le MSP et les autres partenaires / acteurs (ONG, agences d'exécution, mutuelles, autres) est clarifié et intensifié</p>						
<p>Indicateurs</p>	<p>E</p>	<p>G</p>	<p>Baseline</p>	<p>Progrès année N</p>	<p>Commentaires</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Inventaire à jour et exploitable indiquant où les partenaires/acteurs sont actifs, dans quel genre d'activité et pour quelle période 			<p>Aucun document à part une ébauche des contributions des PTF (ONG non comprises) a été présenté lors de la consultance d'élaboration du CDMT 'cadre de dépenses moyen terme'-2009.</p>	<p>La DGD-Ambassade en tant que chef de file élabore à l'heure actuelle un mapping de tous les intervenants dans le secteur santé au Burundi. Travail difficile vu qu'un nombre de PTF sont assez réticents de donner leurs bilans et budgets prévisionnels...</p>	<p>N</p>	<p>A</p>
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunions de concertation (avec rapport) entre le MSP et les partenaires/acteurs au niveau central et provincial 			<p>Installation du CPSD en 2008, réunions non régulières. Première revue annuelle conjointe MSPLS et PTF et ONG-RAC fin 2008.</p>	<p>Tenue encore non régulière, secrétariat déficient et trop absent et RAC fin 2009 et fin 2010, ayant déjà une qualité supérieure de préparation et présentations. Tenue fréquente de grandes réunions de consensus entre PTF et MSPLS avec l'objectif d'élaborer une</p>		

			stratégie nationale du FBP et rédiger un manuel de procédures FBP. Le premier 'manuel FBP-version originale' est sorti fin 2009 et le FBP a démarré grâce aux fonds IDA-BM le 01-04-10.			
<ul style="list-style-type: none"> Intégration des interventions des différents partenaires/acteurs dans le plan opérationnel 		La RAC 2008-2009-2010 est une opportunité d'au moins s'échanger un nombre important d'informations à propos de leurs plans d'appui au secteur santé.	La RAC 2010 a été une opportunité d'au moins s'échanger un nombre important d'informations à propos de leurs plans d'appui au secteur santé, d'autant plus que les réunions entre PTF se sont tenues de façon beaucoup plus régulière qu'auparavant vu l'élection de la Coop Belge comme chef de file des PTF santé en 2010. Cela se poursuit et les contacts et positions communes s'intensifient, et les différents appuis de la BM, UE, CTB, Coop Suisse se sont au moins échangés.	Il y a eu plusieurs tentatives d'accorder les violons entre l'UE et la CTB-DGD pour rédiger un 'programme commun d'appui institutionnel au secteur santé'. Le processus de mettre des fonds ensemble dans un fonds commun ne s'est pas réalisé le pays n'étant pas encore éligible selon les 5 piliers d'éligibilité de l'UE. Ensuite les tentatives de programmer ensemble les 25 millions CTB et les 25 millions UE ont échoué pour des causes de délai de démarrage des programmes des 2 PTF, certains malentendus et aussi parce que le processus d'identification du PAISS Coop Belge sur base du PIC (achevé fin 2009) et la formulation (2010-missions successives du siège cellule médicale) s'est réalisé bien avant d'avoir une ébauche d'identification du PATS UE. Mais cela reste dommage, d'autant plus que les 25 millions Coop Belge ont été 'saucissonnés' en 17 et 8 millions ?!!	D (les programmations communes ne sont pas pour demain...) Déclaration de Pris reste 'incantatoire !	+
<ul style="list-style-type: none"> Un document décrivant le système d'accréditation des partenaires/acteurs et la stratégie de collaboration 		Néant	Les accréditations se font au coup/coup. Cependant l'AT APIMS facilite et met en contact les partenaires qui débutent des activités au Burundi.	Pas de commentaires.	A	+

avec le MSP validé par le MSP et expliqué à tous les acteurs concernés							
Résultat 4 : Un document décrivant le système d'accréditation des partenaires/acteurs et la stratégie de collaboration avec le MSP validé par le MSP et expliqué à tous les acteurs concernés							
Indicateurs Progrès année 2010	E	G	Baseline	Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> Degré de satisfaction des participants au CPSD par rapport à la pertinence des sujets traités, le contenu de la discussion, la qualité de la tenue de réunion ainsi que le rapport, et l'action prise par rapport aux conclusions des réunions 			<p>Remarque : pas de cohérence entre le résultat 4 et l'indicateur !!!!??</p> <p>CPSD pas efficace (cf. ci-haut).</p>	<p>Tenue encore non régulière, secrétariat déficient et trop absent et RAC fin 2009 et fin 2010, ayant déjà une qualité supérieure de préparation et présentations. Degré de satisfaction plus important.</p>	<p>En plus des réunions ponctuelles ont eu lieu entre le Ministre et les hauts cadres du MSPLS et les organisations nationales qui s'investissent dans le domaine du VIH/Sida pour la canalisation des fonds. L'AT APIMS ni aucun PTF n'a été convié à ces discussions parfois très houleuses. Idem pour quelques rencontres ponctuelles des responsables du MSPLS et les hauts représentants des églises, qui s'investissent beaucoup dans les secteurs santé et éducation. Les hôpitaux de district gérés par des confessions religieuses sont quasi toutes agréées, c.à.d. qu'ils appartiennent au secteur public mais ne reçoivent pas de subsides. Une première dotation aux HD agréées (1/3 de la dotation aux HD publics) a été prévue dans le budget 2010-2011.</p>	B	+
Résultat 5 : L'interaction entre le MSP et les autres ministères en ce qui concerne les aspects de la planification stratégique et budgétaire du MSP est plus structurée							
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires		
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunions tenues avec 			Cellule d'expertise s'est réunie pendant 6 mois,	Néant	Néant	N	N

rapport et feedback à la cellule d'expertise			l'utilité s'est avérée nulle, les jetons de présence étaient la seule motivation, et le suivi des réunions n'était pas considéré, vu les autres organes de direction formelles et informelles du MSPLS.				
<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire des problèmes résolus (complètement ou en partie) à travers les réunions interministérielles • 			<p>Aucune info à ca propos vu que l'intégration de l'AT APIMS a été progressive, d'autant plus qu'à l'arrivée de l'AT, les DG du MSPLS ne l'attendaient plus. 'On vous attendait depuis plus d'une année'.....</p> <p>La proximité entre l'AT APIMS et les 2 Ministres successifs est excellente et ainsi les grandes décisions sont communiquées à APIMS. La confidentialité requise dans un appui institutionnel au haut niveau d'un Ministère s'impose strictement.</p> <p>Le Décret Présidentiel portant organisation et fonctionnement du MSPLS adopté le 26 décembre est le principal acquis de l'AT APIMS.</p>	<p>APIMS ne peut pas assez souligner que les relations humaines sont CAPITALES dans un projet ou programme d'appui institutionnel. Un rapport intermédiaire ou final ne pourra jamais, au grand jamais faire un bilan crédible et pertinent de ce type d'appuis. La seule méthode qui pourrait plus évaluer l'impact est la cartographie des incidences-OM (cf. ci-haut). Elle n'est malheureusement pas vulgarisée à la CTB et DGD, et un atelier régional de l'OM à Buja avec l'appui du service EST n'a pas donné de résultats jusqu'à présents. L'AT APIMS avait suggéré que le PAISS se formule selon cette méthode, du moins un mix entre le cadre logique et l'OM, mais cette suggestion n'a pas été retenue.</p>	B	+	
<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire des leçons apprises par le MSP • • • • • • • • • • 			Néant, à explorer par l'évaluation finale des projets.	N	N	N	N

5.3.2 Bilan activités : cf. TABLEAU ci-haut.

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1					
2					
3					

5.3.3 Analyse des progrès réalisés : cf. TABLEAU ci-haut.

5.3.4 Risques et hypothèses : cf. TABLEAU ci-haut.

5.3.5 Critères de qualité de l'objectif spécifique.

	Score (dépend du résultat)	Commentaires
Efficacité	B pour les résultats 1,2,4 et C pour résultat 3,5.	L'énergie investie par toute l'équipe APIMS et la collaboration avec les 3 DI successifs peuvent témoigner de l'efficacité des actions entreprises, hormis le résultat 5. Mais il faut donner un peu de temps au temps, ni trop ni trop peu... Certaines actions ne sont pas vulnérables, comme l'appropriation de certaines activités (pe. Poursuite des classements de docs par les services formés), le degré d'autorité réelle d'une AT quelle qu'elle soit, étant réduite. L'impression d'efficacité enfin n'est pas toujours réelle, il faut en être conscient. Souvent le hasard joue un rôle aussi influent que les différentes variables qui influencent cette décision. Le contexte politique, les mutations et les nominations, le contexte culturel, le salaire, la pression familiale, les anciennes ou nouvelles velléités entre personnes sont des facteurs confondants pouvant bénéficier ou nuire à l'efficacité d'un projet voir d'une action de ce projet. Enfin la lourdeur bureaucratique de la coopération Belge, les procédures compliquées de la CTB rendent le travail au sein d'une équipe d'AT compliqué, fastidieux, et handicapent la crédibilité de ce partenaire technique et financier.
Efficience	B : idem et C idem que pour efficacité	Toutes les actions APIMS sont quasiment passées par des DAO, demande de cotation etc., et APIMS utilise un indice de qualité/prix au lieu de céder à la règle 'du moins disant' (cacaille !!).
Durabilité	X	Impossible à évaluer l'impact d'un appui institutionnel à part les réalisations 'hard' du projet (MI) sur le long terme, vu que l'appui est lui-même à long terme, malgré la rotation obligée et justifiée des AT. De toute façon, chaque action dans la vie porte un degré de durabilité, mais ce n'est parfois que détectable des années après. Un comportement peut avoir une influence impalpable et non visible chez des personnes, qui s'approprient l'attitude d'un AT, 'passager de l'ombre'....
Pertinence	B	Le Décret est un exemple d'acquis pertinent pour améliorer le rôle régulateur du Ministère. La non réponse aux initiatives prises dans le résultat 5 est due à la non pertinence de ce résultat tel que défini dans el DTF. La collaboration avec les autres ministères, l'attention portée aux déterminants de la santé dépendent en majeure partie des autorités et de la culture administrative nationale et non de l'AT internationale.

5.3.6 Exécution budgétaire

Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0704011

Project Title : **Projet Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique**

Budget Version: **H01**

Currency : **EUR** Year to month : **31/12/2010**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
A LES ACTIVITÉS DE PLANIFICATION DE COORDINATION DE			376.701,76	55.973,41	138.270,73	194.244,14	182.457,62	52%
01 L'organisation interne du Ministère de la santé et les			209.681,76	54.090,01	63.251,87	117.341,88	92.339,88	56%
01 Elaborer les méthodes et outils de travail pour faciliter les		COGES	39.540,00	9.792,25	3.108,96	12.901,21	26.638,79	33%
02 Mettre en place un sys de gestion efficace de tte		COGES	61.841,76	20.583,63	31.305,75	51.889,38	9.952,38	84%
03 Accompagner le processus à effectuer un audit		COGES	500,00	632,52	0,00	632,52	-132,52	127%
04 Accompagner la cellule d'expertise et de coordination pour		COGES	83.800,00	21.160,67	17.579,34	38.740,01	45.059,99	46%
05 Faciliter l'élaboration d'un document conceptuel avec des		COGES	11.700,00	1.908,72	4.971,91	6.880,63	4.819,37	59%
06 Appuyer la cellule d'expertise et de coordination pour que		COGES	1.500,00	12,22	0,00	12,22	1.487,78	1%
07 Appuyer la DG ressources à renforcer une gestion		COGES	10.800,00	0,00	6.285,91	6.285,91	4.514,09	58%
02 Les interactions et les lignes de communication entre le			162.820,00	1.569,38	72.738,28	74.307,66	88.512,34	46%
01 Appuyer le MSP à assurer que ts les services et en		COGES	97.180,00	3,68	50.318,19	50.321,87	46.858,13	52%
02 Faciliter l'organisation d'un échange et une réflexion		COGES	58.800,00	0,00	20.155,53	20.155,53	38.644,47	34%
03 Assurer l'élaboration des outils de travail pour encourager		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
04 Assurer à travers des visites de terrain que les méthodes		COGES	6.840,00	1.565,70	2.264,56	3.830,26	3.009,74	56%
05 Contribuer, à travers une participation au groupe de travail		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
03 Le cadre de travail entre le MSP et les autres			600,00	299,85	19,54	319,39	280,61	53%
01 Appuyer le MSP à avoir un inventaire opérationnel et à jour		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
02 Faciliter une concertation régulière entre le MSP et les		COGES	600,00	299,85	19,54	319,39	280,61	53%
03 Assurer que les provinces organisent la participation des		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
04 La concertation avec les autres partenaires/bailleurs,			1.200,00	14,17	1.471,56	1.485,73	-285,73	124%
01 Appuyer la cellule d'expertise et de coordination à		COGES	1.200,00	14,17	1.471,56	1.485,73	-285,73	124%
05 L'interaction entre le MSP et les autres ministères en ce			2.400,00	0,00	789,48	789,48	1.610,52	33%
		REGIE	568.070,06	244.383,41	175.749,40	420.132,81	147.937,25	74%
		COGEST	408.761,76	61.383,00	145.450,78	206.833,78	201.927,98	51%
		TOTAL	976.831,82	305.766,41	321.200,18	626.966,59	349.865,23	64%



Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0704011 Printed on dinsdag 08 februari 2011

page: 1

Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0704011

Project Title : **Projet Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique**

Budget Version: **H01** Year to month : 31/12/2010

Currency : EUR

YIM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
01 Assurer la préparation et la tenue de réunions régulières		COGES	2.400,00	0,00	789,48	789,48	1.610,52	33%
02 Assurer un bon échange entre les appuis institutionnels		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE			2.060,00	0,00	0,00	0,00	2.060,00	0%
01 Réserve budgétaire			2.060,00	0,00	0,00	0,00	2.060,00	0%
01 Réserve budgétaire COGEST		COGES	2.060,00	0,00	0,00	0,00	2.060,00	0%
02 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
Y BUDGET TEMP			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
01 Budget Temp Excel Digestor			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
01 BudLine in COGEST		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
02 BudLine in REGIE		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			598.070,06	249.793,00	182.929,45	432.722,45	165.347,61	72%
01 Frais de personnel			485.720,00	212.840,33	163.806,17	376.646,50	109.073,50	78%
01 Assistant techn		REGIE	460.800,00	203.439,40	151.910,70	355.350,10	105.449,90	77%
02 Gestionnaire admin/comptable		REGIE	17.000,00	6.999,36	8.622,05	15.621,41	1.378,59	92%
03 Chauffeur		REGIE	7.920,00	2.401,57	3.273,42	5.674,99	2.245,01	72%
02 Investissement			23.248,62	21.143,58	1.349,31	22.492,89	755,73	97%
01 Véhicule de ville		REGIE	18.373,62	18.636,06	1.349,31	19.985,37	-1.611,75	109%
02 Equipement IT		REGIE	4.875,00	2.507,52	0,00	2.507,52	2.367,48	51%
03 Frais de fonctionnement			59.101,44	13.609,92	17.773,97	31.383,89	27.717,55	53%
01 Frais de fonctionnement véhicule de ville		REGIE	14.000,00	4.596,41	5.076,62	9.673,03	4.326,97	69%
02 Télécommunication, internet haut débit		REGIE	7.500,00	1.488,01	2.259,30	3.747,31	3.752,69	50%
03 Fourniture de bureau		REGIE	7.601,44	3.705,14	3.788,92	7.494,06	107,38	99%
		REGIE	568.070,06	244.383,41	175.749,40	420.132,81	147.937,25	74%
		COGEST	408.761,76	61.383,00	145.450,78	206.833,78	201.927,98	51%
		TOTAL	976.831,82	305.766,41	321.200,18	626.966,59	349.865,23	64%



Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0704011

Project Title : **Projet Appui Institutionnel au Ministère de la Santé Publique**

Budget Version: **H01**
 Currency : **EUR** Year to month : 31/12/2010
 YIM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
04 Fonds souple de rech action et de formation		COGES	30.000,00	4.727,19	3.503,22	8.230,41	21.769,59	27%
05 Installation bureau AT		COGES	0,00	1,44	0,00	1,44	-1,44	??
06 TVA Prise en compte -régie		REGIE	0,00	251,12	1.113,67	1.364,79	-1.364,79	??
07 TVA Prise en compte-cogestion		COGES	0,00	680,96	3.676,83	4.357,79	-4.357,79	??
08 Frais divers -Volontaire		REGIE	0,00	-1.840,35	-1.644,59	-3.484,94	3.484,94	??
04 Audit et suivi et évaluationo			30.000,00	2.199,25	0,00	2.199,25	27.800,75	7%
01 Suivi techn interne annuel		REGIE	9.000,00	2.199,25	0,00	2.199,25	6.800,75	24%
02 Evaluation externe		REGIE	16.000,00	0,00	0,00	0,00	16.000,00	0%
03 Audit externe		REGIE	5.000,00	0,00	0,00	0,00	5.000,00	0%
99 Conversion rate adjustment			0,00	-0,08	0,00	-0,08	0,08	??
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	-0,08	0,00	-0,08	0,08	??
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??



REGIE	568.070,06	244.383,41	175.749,40	420.132,81	147.937,25	74%
COGEST	408.761,76	61.383,00	145.450,78	206.833,78	201.927,98	51%
TOTAL	976.831,82	305.766,41	321.200,18	626.966,59	349.865,23	64%

Budget vs Actuals (Year to Month) of BDI0704011 Printed on dinsdag 08 februari 2011

page: 3

5.3.7 Leçons apprises et recommandations

L'AT APIMS et l'équipe se permettent de reprendre les leçons apprises et les recommandations par résultat et activité (cf. 4.2.6) :

'Les leçons apprises sont reprises dans les textes et tableaux progrès, risques et impact. Au lecteur à les décortiquer.

Les recommandations sont ajoutées en autre couleur sous chaque sous chapitre des actions réalisées/résultat.'

Quelques commentaires en guise de conclusion :

a. *L'appui institutionnel est une assistance technique encore au stade expérimental. C'est une recherche-action permanente. Si l'AT APIMS s'en réfère aux écrits de la recherche action-RA, type de recherche scientifique à côté de la recherche conventionnelle, la recherche opérationnelle, nous pouvons établir un nombre de similarités avec ce projet d'appui institutionnel au sein de l'institution publique ayant en charge la responsabilité du système de santé, des soins de santé, ce qui n'est pas une mince affaire. Les caractéristiques en sont les suivantes :*

- *La RA est une modalité de recherche qui 'rend l'acteur chercheur et qui mène l'action vers des considérations de recherche (Gauthier-1984). Son objectif est la prise de décision optimale dans une situation donnée. A cette fin un modèle 'comportemental' doit être trouvé et en plus ce modèle doit rester dynamique, évolutif. La RA ne peut exister sur un îlot de connaissances, mais doit s'intégrer dans un système, c.à.d. le système de santé. La RA est donc interne au processus de recherche, le chercheur devient acteur, sujet de la recherche ! Et enfin la RA comporte, vu l'approche systémique et non isolée, des dimensions de la société qui entoure le système : dimension sociale, institutionnelle, comportementale, cognitive.*
- *La position du chercheur n'est jamais neutre, il ou elle est impliqué(e) dans l'action.*
- *Le système de santé, lui-même fort complexe, est construit comme un mouton à 4 pattes, qui sont toutes interdépendantes pour être fonctionnelles : la population-la communauté saine et malade, les services de santé qui sont prévus à soigner et accueillir les patients et la relation patient-soignant, et qui sont organisés soit de façon décentralisée et hiérarchisée, les déterminants qui influencent la santé comme l'hygiène, l'approvisionnement en eau potable, l'énergie électrique ou solaire, le niveau d'éducation, l'organisation sociale, le pouvoir d'achat, l'environnement naturel sec ou humide, le réchauffement (et refroidissement) climatique...enfin la relation entre les médecines promotionnelle, préventive et curative.*

Mixez le tout et vous aurez une petite idée ce que pourrait représenter le modèle idéal d'un appui institutionnel non seulement au système mais à l'institution régulatrice et normative du système...Il serait intéressant de phosphoryer cette RA dans le domaine d'un appui institutionnel ciblé sur un secteur et ciblé sur un niveau du secteur, central ou décentralisé.

b. *Vu la complexité de l'appui, qui, soyons honnêtes, ne représente qu'une petite contribution à un système aussi complexe et holiste, et vu l'importance des comportements des acteurs de l'appui comme éléments de réussite ou d'échec, de progrès ou de reculs, le cadre logique n'est plus un cadre de pensée adapté à un projet d'appui institutionnel. La cartographie des incidences visées-OM est une méthode plus ajustable et souple et pouvant au moins mesurer mieux les*

impacts que les résultats, les outcome plus que les outputs, comme le jargon le nous prescrit. L'évaluation finale des projets santé devra en tout cas en tenir compte sinon les conclusions et recommandations risquent de devenir un coup dans l'eau.

6 Bénéficiaires

Le DTF mentionne les bénéficiaires suivants, les commentaires de l'AT APIMS sont marqués en italique :

a. Les bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs du projet d'appui institutionnel au MSP sont :

- l'ensemble du niveau central du Ministère (cf. organigramme), via vers le renforcement de son fonctionnement interne. *Impossible de couvrir l'ensemble d'un Ministère qui emploie (du moins sur papier) > 700 fonctionnaires. L'AT APIMS collabore avec un noyau déjà bien large de responsables, mais aussi avec certaines personnes de travaux administratifs et d'entretien.*
- le niveau intermédiaire, via les objectifs suivants : la formation par rapport aux outils de travail développé au niveau central, l'accompagnement rapproché (supervisions, ateliers, autres) de la part du niveau central, et la meilleure prise en compte des expériences et réflexions au niveau des provinces. *Ceci est exact mais l'accompagnement ne peut toujours se faire de façon rapproché vu les responsabilités premières de l'AT au niveau central. La relation étroite avec l'AT et équipe APSK est un facteur très favorisant, les contacts se sont aussi renforcés avec d'autres acteurs actifs dans les DS (cf. ci-haut).*

b. Les bénéficiaires indirects

Les bénéficiaires indirects du projet sont :

- la population du Burundi, via l'amélioration du service. *Ceci est un leurre lointain et l'AT réfère à un commentaire précédent (p.20).*
- le niveau opérationnel, dans la perspective d'améliorer l'encadrement du personnel et de la prise en compte de leurs préoccupations. *Les contacts avec des MPS et MCD et autres gestionnaires des ECD et des FOSA se réalisent lentement à travers des ateliers, formations et contacts personnels.*
- les partenaires-acteurs (agences d'exécution, ONG, mutuelles, autres), via les objectifs suivants : la clarification du cadre de collaboration avec le MSP, le dialogue plus régulier avec le MSP, l'amélioration de la prise en compte de leurs réflexions et la complémentarité accrue entre ces acteurs. *Les contacts avec des ONG médicales, des associations sociales locales, le monde des mutuelles communautaires (ODAG, ADISCO ea.) se sont fait par une démarche proactive de l'AT APIMS.*
- les partenaires-bailleurs, via l'objectif suivant : le dialogue politique plus efficace, la gestion des ressources mises à la disposition du MSP plus rationnelle, et l'avancement vers un SWAp. *Les contacts furent intenses et cordiaux mais ont*

diminué du rôle de la DGD-Ambassade comme chef de file du secteur santé.

- les autres Ministères, plus rationnelle l'objectif suivant : le dialogue régulier et constructif avec le MSP, la meilleure planification des activités et du budget (Min Plan, Min Fin), la gestion plus rationnelle et transparente des ressources (Min Fin), la réflexion autour l'encadrement des ressources humaines (Min Fonction Publique). *Les contacts ne sont pas établis et le seront par l'équipe qui prendra la succession de l'AT dans le cadre du PAISS.*

7 Suivi des décisions prises par la SMCL

3 SMCL ont été organisées :

++ 10 février 2009.

++ 9 avril 2010 avec modification budgétaire, provenant du reliquat du PNLT.

++ 10 octobre 2010 ensemble avec le projet APSK, suivi ensuite par le projet d'appui aux réformes paramédicales.

Toutes les décisions ont été rassemblées par des PV signés par les participants, qui peuvent être consultés au bureau de l'APIMS au MSPLS. Les propositions de modifications d'activités et budgétaires ont toujours été argumentées par l'UGP et ensuite acceptées en SMCL (inutile de lister celles-ci, les documents sont disponibles et les activités modifiées).